

# *Einmal mehr: interventionelle Endoskopie erspart Laparotomie*

**T. Heuer**

## **Der Gastroenterologe**

Zeitschrift für Gastroenterologie und Hepatologie

ISSN 1861-9681

Volume 14

Number 5

Gastroenterologie (2019) 14:382-384

DOI 10.1007/s11377-019-0380-z



**Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at [link.springer.com](http://link.springer.com)".**

Gastroenterologie 2019 · 14:382–384  
<https://doi.org/10.1007/s11377-019-0380-z>  
Online publiziert: 13. August 2019  
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
Springer Nature 2019



T. Heuer

Klinik für Gastroenterologie, Hämatookologie, Palliativmedizin und interventionelle Endoskopie, St. Bernhard-Hospital, Kamp-Lintfort, Deutschland

## Einmal mehr: interventionelle Endoskopie erspart Laparotomie

### Anamnese

Wir berichten über einen 57-jährigen sonst gesunden Patienten, bei dem im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung okkultes Blut im Stuhl nachgewiesen wurde. Weitere Erkrankungen waren nicht zu erfragen.

### Klinischer Untersuchungsbefund

Adipositas, 178 cm, 117 kg, der übrige körperliche Untersuchungsbefund war unauffällig. Der rektal-digitale Befund war ebenfalls unauffällig.

Klinische Chemie:

Unauffälliges Blutbild und Erythrozytenindizes. Kein Eisenmangel. Milde

Hypercholesterinämie ohne weitere pathologische Befunde.

### Apparative Diagnostik

Die durchgeführte Ösophagoduodenoskopie zeigte einen regelhaften Schleimhautbefund ohne Nachweis einer Blutungsquelle, anschließend erfolgte die Ileokoloskopie. Endoskopisch war das terminale Ileum unauffällig, im Kolon selbst fand sich eine linksseitige Kolondivertikulose ohne Zeichen der akuten oder durchgemachten Divertikulitis. Der Hauptbefund, der ursächlich für den okkulten Blutnachweis verantwortlich ist, fand sich jedoch im 18–20 cm ab ano (Abb. 1).

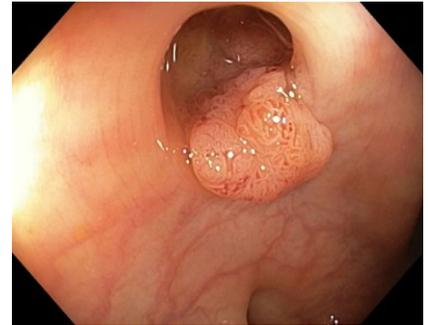


Abb. 1 ▲ Polyp in einem Divertikelostium mit Ausdehnung bis in den Divertikelgrund

### Wie lautet Ihre Diagnose?

### Therapie und Verlauf

Der klaren Indikation zur Entfernung des Polypen folgte die Frage des anzuwendenden Resektionsverfahrens. Da dem Divertikel die stabilisierende Muskulatur fehlt, ist eine Schlingenresektion/Mukosaresektion mit einem deutlich erhöhten Perforationsrisiko verbunden. Eine endoskopische Submukosadissektion ist nur bei divertikelnahen Adenomen beschrieben und nicht bei Adenomen, die bis in den Divertikelgrund reichen [1]. Alternativ ist die operative Sigma-resektion ohne Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren als Übertherapie anzusehen und nur als Ultima Ratio zu erwägen. Interdisziplinär haben wir uns zur Durchführung einer Vollwandresektion entschlossen. Kasuistiken

sind beschrieben [2, 3]. Der Patient wurde über dieses Vorgehen gemeinsam mit unseren chirurgischen Kollegen aufgeklärt. Wegbereitend für den technischen Erfolg ist der Divertikeldurchmesser. Dieser muss so bemessen sein, dass der komplette Divertikelmund in das Full Thickness Resection Device (FTRD-System) passt und der Clip nach Resektion des nach intraluminal luxierten Divertikels die komplette Kolonwand adaptiert. Ist dies nicht der Fall und der Clip adaptiert nur Reste des Divertikelhalses, droht die Perforation.

In diesem Fall gelang es, nach Markierung des Divertikelmunds durch Argonplasmakoagulation unter Mitnahme des Polypen das Divertikel mittels Zange des FTRD-Systems komplett nach intraluminal zu mobilisieren. Das komplet-

te Divertikel konnte samt Ostium und der zirkumferenziellen Markierungen in das FTRD-System gezogen und reseziert werden (Abb. 2). Der Clip hat die komplette Kolonwand gefasst.

» **Diagnose:** Im Sigma fand sich in einem Divertikel ein flacher Polyp der sich über den Divertikelmund bis in den Divertikelgrund zieht

Der postinterventionelle Verlauf war komplikationslos, der Patient wurde am 3. Tag nach Intervention entlassen. Histologisch wurde in den Randbereichen eine Vollwandresektion bestätigt, der Polyp entsprach einem tubulären



**Abb. 2** ▲ Das Divertikel mit Polyp lässt sich komplett in das FTRD-System mobilisieren. FTRD Full Thickness resection Device

Adenom mit „low grade“ intraepithelialer Neoplasie und war in toto entfernt (▣ **Abb. 3**). Die endoskopische Kontrolle nach 9 Monaten zeigte eine kleine Narbe an der Abtragungsstelle, der Clip war nicht mehr vorhanden.

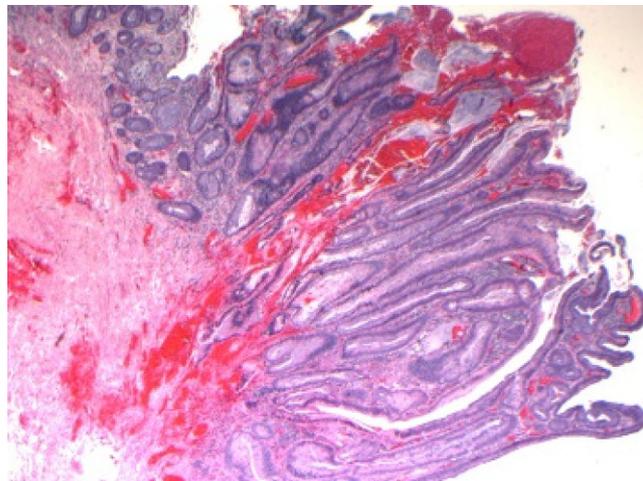
### Fazit für die Praxis

- Adenome innerhalb von Kolondivertikeln sind selten und die etablierten endoskopischen Resektionsverfahren bergen ein hohes Perforationsrisiko.
- Die Vollwandresektion mittels Full Thickness resection Device (FTRD) ist eine sichere Methode zur kompletten Resektion des adenomtragenden Divertikels.
- Voraussetzung ist, dass das Divertikel nach intraluminal zu mobilisieren ist und das Divertikelostium komplett in das FTRD-System passt, sodass der Clip die komplette Kolonwand adaptiert.

### Korrespondenzadresse



**Dr. med. T. Heuer**  
Klinik für Gastroenterologie,  
Hämatookologie,  
Palliativmedizin und  
interventionelle Endoskopie,  
St. Bernhard-Hospital  
Bürgermeister-Schmelzing  
Str. 90, 47475 Kamp-Lintfort,  
Deutschland  
heuer@st-bernhard-  
hospital.de



**Abb. 3** ◀ Tubuläres Adenom mit „low grade“ intraepithelialer Neoplasie

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** T. Heuer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden vom Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patienten zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern eine schriftliche Einwilligung vor.

### Literatur

1. Shichijo S, Yamasaki Y, Takeuchi Y (2017) Case of colonic adenoma involving a diverticulum resected by a traction-assisted endoscopic submucosal dissection technique. *Dig Endosc* 29(6):729–730
2. Valli PV, Kaufmann M, Vrugt B, Bauerfeind P (2014) Endoscopic resection of a diverticulum-arisen colonic adenoma using a full-thickness resection device. *Baillieres Clin Gastroenterol* 147(5):969–971
3. Yang J, Kalloo AN, Gonzalez-Velez E, Ngamruengphong S (2018) Modified over-the-scope clip with telescope endoscopic full-thickness resection for colonic adenoma involving diverticulum. *VideoGIE* 3(10):316–318

Hier steht eine Anzeige.

